

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 21

DU

TRAITEMENT OPÉRATOIRE

DU CARCINOME DU SEIN

AMPUTATION TOTALE. — TOILÈTTE GANGLIONNAIRE, etc.

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 18 mars 1887

PAR

J.-J. CAMAIL

Né à Draguignan (Var)

MÉDECIN DE LA MARINE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

SERRE ET RICOME, SUCESSEURS

1887

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN DOYEN.

GRASSET, ASSESSEUR.

Professeurs.

MESSIEURS :

<i>Clinique médicale.</i>	COMBAL (✱ ✱).
<i>Clinique des maladies mentales et nerveuses.</i>	CAVALIER (✱).
<i>Physique médicale.</i>	MOITESSIER (✱).
<i>Médecine légale et toxicologie.</i>	JAUMES.
<i>Clinique chirurgicale.</i>	DUBRUEIL (✱).
<i>Chimie médicale et Pharmacie.</i>	ENGEL.
<i>Hygiène.</i>	BERTIN-SANS.
<i>Pathologie interne.</i>	CASTAN.
<i>Clinique médicale.</i>	GRASSET.
<i>Botanique et Histoire Natur. méd.</i>	PLANCHON (✱ ✱).
<i>Physiologie.</i>	LANNEGRACE.
<i>Clinique obstétricale et gynécologie</i>	DUMAS (LÉON).
<i>Clinique chirurgicale.</i>	TÉDENAT.
<i>Opérations et appareils.</i>	GRYNFELT.
<i>Pathologie externe.</i>	CHALOT.
<i>Anat. pathol. et histol. (ch. de cours)</i>	CARRIEU.
<i>Anatomie (Chargé du cours).</i>	BIMAR.
<i>Thérap. et Mat. méd. (ch. du cours)</i>	MOSSE (✱).

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✱ ✱).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✱), DUPRÉ (✱ C. ✱).

Chargés de Cours de Cliniques annexes:

<i>Clinique des maladies des enfants.</i>	MM. BATLLE, agrégé.
<i>Clinique des mal. syphilit. et cutan.</i>	GAYRAUD, agrégé.
<i>Clinique des maladies des vieillards.</i>	HAMELIN (✱), agrégé.

Agrégés en Exercice

MESSIEURS :	MESSIEURS :	MESSIEURS
CARRIEU.	BLAISE.	TRUC.
MAIRET.	BAUMEL.	GERBAUD.
BIMAR.	VILLE.	GILIS.
MOSSE (✱).	GRANEL.	MALOSSE.
REGIMBEAU (✱).	FORGUE.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examineurs de la Thèse:

MM. TÊDENAT, président;
CHALOT, professeur.
GAYRAUD, agrégé.
TRUC, agrège.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

J. CAMAIL.

À mon Président de Thèse

Monsieur le Docteur TÉDENAT

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier

A Monsieur le Docteur H. TRUC

Professeur-Agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier

J. CAMAIL.

INTRODUCTION.

Le traitement chirurgical des cancers du sein s'est considérablement étendu dans ces dernières années; de nouveaux procédés ont été préconisés, de nouvelles opérations ont été pratiquées, et d'autres, déjà anciennes, rendues plus complètes. Cette extension thérapeutique s'est produite sous la vigoureuse impulsion de l'anatomie pathologique d'une part, de la méthode antiseptique d'autre part: la première, montrant tout le champ de l'invasion néoplasique, la seconde, donnant les moyens d'en dépasser les limites sans trop de dangers.

L'anatomie pathologique, en effet, a prouvé que l'extension du cancer du sein était plus rapide et plus large qu'on ne le croyait; elle a établi qu'elle se produisait promptement au voisinage par contiguité, et au loin par la voie lymphatique; elle a enfin démontré que les ablations cancéreuses, pour devenir efficaces, devaient être larges, précoces, et comprendre, dans l'extirpation, aussi bien les ganglions envahis que la tumeur elle-même et ses prolongements immédiats.

L'antisepsie en diminuant progressivement les dangers de l'intervention armée, en réduisant presque à leur minimum les risques opératoires si nombreux et si redoutables jusqu'ici, a permis d'entreprendre des opérations étendues qui retenaient légitimement le bistouri des anciens chirurgiens.

L'anatomie pathologique et l'antisepsie ont fait sentir leur double influence thérapeutique sur le cancer du sein, comme sur celui des autres organes de l'économie.

Tandis qu'on se contentait autrefois, dans les néoplasmes cancéreux de la mamelle, de certaines opérations économiques, la plupart des chirurgiens pratiquent aujourd'hui des opérations complètes. Non seulement on enlève, dans le carcinôme, la mamelle entière, non seulement on extirpe les ganglions incomplètement envahis, mais encore on attaque les glandes lymphatiques que l'examen digital extérieur pouvait supposer indemnes. Le curage ganglionnaire systématique tend à devenir la règle dans le cancer du sein. On vise avant tout, même au prix de quelques sacrifices, aux opérations radicales ; on recherche beaucoup moins un succès opératoire qu'un succès thérapeutique.

Nous nous proposons ici d'examiner les progrès réalisés dans cette voie. Mettant à profit quelques observations fournies par M. le professeur Tédénat, des travaux récents qui s'y rapportent, et certaines idées émises dernièrement dans son travail par M. le professeur-agrégé Truc (1), nous étudierons sommairement ce qui se rapporte à la question actuelle.

Nous n'avons pas la prétention d'écrire une thèse originale : l'occasion et le temps nous eussent manqué. Nous espérons cependant contribuer à vulgariser certaines données opératoires encore peu répandues, mais qui méritent d'entrer dans le domaine de la chirurgie courante.

Le plan de notre thèse sera le suivant :

1° Historique rapide du traitement chirurgical du carcinome du sein.

(1) H. Truc, Considérations opératoires sur le cancer du sein. *Gazette des sciences médicales de Montpellier*, février 1887.

2° Etude anatomique des ganglions et vaisseaux lymphatiques des régions mammaire, axillaire et sus-claviculaire.

3° Ablation totale de la tumeur. Il y aura lieu d'examiner à ce propos quelle sera la ligne de conduite de l'opérateur lorsqu'il se trouvera en présence d'un cancer ayant envahi par propagation les parois thoraciques et le poumon.

4° Extirpation des ganglions axillaires. Nous examinerons dans cette partie la question de la résection veineuse et de l'hémostase postopératoire.

5° De l'intervention dans les cas d'engorgement des ganglions sus-claviculaires. Etude du manuel opératoire.

6° Pansement.

7° Nous terminerons par les observations.

Nous adressons à M. le professeur Tédénat tous nos remerciements pour la complaisance avec laquelle il a mis à notre disposition les observations qui font la base de notre travail, et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Le sujet de cette étude nous a été inspiré par M. le professeur-agrégé Truc, qui a bien voulu nous aider de ses excellents conseils ; nous le prions d'agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT OPÉRATOIRE
DU CARCINOME DU SEIN

Amputation totale. — Toilette ganglionnaire, etc.

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE.

Dès la plus haute antiquité, les médecins se sont préoccupés de la cure du carcinome du sein.

Au début, nous ne trouvons aucune trace de l'intervention chirurgicale; la thérapeutique de cette affection était exclusivement entre les mains des médecins qui avaient à leur service les nombreuses ressources de la pharmacopée ancienne.

Hippocrate considérait cette maladie comme incurable et recommandait de ne tenter aucune opération, parce que « le mal, disait-il, repullule plus vite. »

Hérodote rapporte qu'Atossa, fille de Cyrus et femme de Cambyse, fut guérie sans opération d'un cancer du sein par Démocède, médecin de Crotone (527 av. J.-C.).

Plus tard, Celse, au 1^{er} siècle de notre ère, écrit que « brûler ou couper ces sortes de tumeurs n'est pas un traitement profitable. »

Amb. Paré (XVI^e siècle) dit « qu'aux chancres et aux cancers il ne faut aucunement toucher ni par l'incision, ni par le cautère actuel. »

Vers le milieu du XVII^e siècle, plusieurs spécialistes, tels que l'anglais Monro, l'allemand Triller, le français d'Houpeville, professent que l'opération est plus nuisible qu'utile, et s'ils opèrent, ils ne laissent pas ignorer à la malade le danger de la récurrence.

Un très grand nombre d'auteurs ont, de siècle en siècle, répété cette opinion qui s'est transmise presque jusqu'à notre époque, et pour ne parler que de Boyer (1), Samuel Cooper (2), parmi les plus récents, on trouve nettement exprimé dans leurs ouvrages le principe de la non intervention.

Cependant, depuis longtemps déjà, Vacher (3) (1740), dans un mémoire sur le cancer de la mamelle, avait essayé de poser les règles de l'intervention chirurgicale. A la même époque, plusieurs observations insérées dans les mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie et plusieurs succès relatés par des professeurs, achevèrent d'amener une réaction contre l'opinion trop exclusive de ceux qui avaient nié les avantages possibles d'une opération.

(1) Boyer, Traité des maladies chirurgicales, 1814-1826.

(2) Cooper Samuel, *Practice of surgery*, 1826.

(3) Vacher. Dissertation sur le cancer des mamelles, 1740.

L'intervention armée avait été préconisée, en effet, par quelques chirurgiens de ce siècle.

Verduc (1) (1701) se déclare partisan de cette intervention, mais il n'opère que quand la malade est jeune, de bonne constitution et qu'il n'y a point de fusée vers l'aisselle.

Ledran (2) (1741) termine par ce passage son article relatif au traitement du cancer du sein: « Quand on ôte la graisse par une opération, on la trouve parsemée de glandes squirrheuses. Pour enlever sûrement celles-ci, on les fixe avec l'airigne, en les faisant soutenir par un aide; on les lie avec un fil double et ciré qu'on passe derrière, nouant ainsi les graisses qui les soutiennent. »

Les glandes squirrheuses de Ledran n'étaient sans doute que les ganglions axillaires entourés de tissu cellulaire. C'est à lui donc que revient l'honneur d'avoir signalé pour la première fois l'importance de leur extirpation.

Sharp (3) (1741) insiste sur la nécessité qu'il y a d'enlever les glandes quand elles ne sont pas situées ni trop en arrière, ni profondément. « Il ne faut pas compter, dit-il, qu'elles se dissiperont au moyen de la suppuration qui suivra la plaie. »

Louis (4) (1772), à l'article *Cancer*, de son Dictionnaire de chirurgie, ne dit rien du curage de l'aisselle.

Dionis (5) (1777) nous apprend que lorsqu'il y a engorgement ganglionnaire, il faut commencer l'incision par l'aisselle et terminer par le sein.

Chopart et Desault (6) (1780) recommandent de faire un

(1) Verduc, Opérations de chirurgie, 1701.

(2) Ledran, Traité des opérations de chirurgie, 1741.

(3) Sharp, Opérations de chirurgie, 1741.

(4) Louis, Dictionnaire de chirurgie, 1772.

(5) Dionis, Cours d'opérations de chirurgie, 1777.

(6) Chopart et Desault, Cours d'opérations de chirurgie, 1780.

pédicule pour les ganglions adhérents aux vaisseaux axillaires et thoraciques.

J.-L. Petit (1) (1790) s'exprime ainsi: « On porte les doigts, indicateur et médus de la main droite, au-dessous de la glande sous l'aisselle, aussi avant et en bas que possible. On porte alors un bistouri courbe vis-à-vis l'intervalle des deux doigts, on troue jusqu'à la glande, puis on introduit le doigt pour la disséquer et on la tire au dehors, en liant son pédicule au besoin. »

En 1798 Bichat (2), publiant les leçons de son maître Desault, rapporte un cas d'ablation du cancer du sein suivi du curage de l'aisselle.

Richerand (3) (1806) trace les règles opératoires et conseille une véritable « éradication » de tout ce qui est suspect.

Velpeau (4) (1839) indique le mode opératoire; Tanchou (5), en 1844, essaye de remettre en faveur le traitement médical et ne se montre partisan de l'opération que lorsque tous les autres moyens ont échoué.

A cette même époque (13 février 1884), une vive discussion (6) eut lieu à l'Académie de médecine sur les tumeurs du sein. Les médecins s'abstinrent de donner leur avis; tous les chirurgiens, au contraire, se prononcèrent pour l'opération. Amussat s'exprime ainsi: « Quand tous les moyens ont échoué, l'extirpation est encore le seul moyen d'arracher

(1) J.-L. Petit. Maladies chirurgicales, 1790.

(2) P.-J. Desault, Œuvres chirurgicales, ouvrage publié par X. Bichat, son élève, 1798, t. II.

(3) Richerand. Nosographie chirurgicale, 1806.

(4) Velpeau, Traité de médecine opératoire, 1839.

(5) S. Tanchou, Recherches sur le traitement médical des tumeurs cancéreuses du sein, 1844.

(6) S. Tanchou, De la discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine sur les tumeurs du sein, 1844.

quelques victimes au cancer.» Roux, Lisfranc, Aug. Bérard, adoptent la même ligne de conduite.

En 1848, Robert (1) et Cathelotte (2), chacun dans leur thèse inaugurale, se montrent partisans de l'ablation du sein cancéreux, mais négligent totalement l'extirpation ganglionnaire.

Lebert (3); dans son traité pratique des maladies cancéreuses (1851), se prononce pour le traitement palliatif médical, et cite l'infection des lymphatiques de l'aisselle comme une contre-indication de l'opération.

Broca (4) (1866) est partisan de l'extirpation ganglionnaire; mais, pour lui, le chirurgien ne doit point intervenir quand l'ablation totale des ganglions engorgés ne peut se faire qu'au prix d'une opération grave.

Depuis cette époque, la question du curage de l'aisselle a été étudiée par les sociétés savantes et par de nombreux chirurgiens.

En 1878, Von Winiwarter (5) donnait, dans son livre sur le cancer, le conseil d'ouvrir l'aisselle et de la disséquer jusqu'aux vaisseaux dans tous les cas de cancer de la mamelle où l'on n'est pas absolument sûr de l'intégrité des ganglions.

En août 1881, au Congrès de Londres, Samuel Gross (6) arrive aux mêmes conclusions dans le cours d'une intéres-

(1) Robert, Considérations sur le cancer, et en particulier le squirrhe de la mamelle. Th. de Paris, 1848.

(2) Cathelotte, Du cancer du sein et ses diverses méthodes de traitement. Th. de Paris, 1848.

(3) Lebert, Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer, 1851.

(4) Broca, Traité des tumeurs, 1866.

(5) Winiwarter, *Beitrag zur statistik der carcinom mit besonderer Rucksicht auf die dauernde Heilbarkeit durch operative Behandlung*, Stuttgart 1878.

(6) S. Gross, Congrès de Londres, 1881.

sante communication sur les divers néoplasmes de la mamelle.

Au mois de février 1882, Kirmisson (1) présente à la Société de chirurgie un mémoire relatif à un nouveau procédé d'ablation des tumeurs cancéreuses du sein. Basé sur trois observations qui lui sont personnelles, il cherche à établir que pour empêcher la récurrence du cancer du sein, il faut enlever avec la tumeur toute la zone des vaisseaux et des ganglions lymphatiques suspects contenus dans le tissu cellulo-graisseux du creux de l'aisselle, même dans les cas où il n'a pas été possible au chirurgien, malgré l'exploration la plus minutieuse, de sentir la présence de ganglions dégénérés. MM. Verneuil, Gilette, Th. Anger, Marc-Sée et Desprès adoptèrent l'opinion de Kirmisson.

A la même date, Pearce Gould (2) fit une communication à la Société médicale de Londres sur l'opportunité de l'énucléation des ganglions axillaires dans le cas d'ablation du cancer de la mamelle. Il formule ainsi ses conclusions : « Qu'il est opportun d'enlever les ganglions axillaires dans tous les cas de cancer du sein soumis à l'opération. » La seule contre-indication qu'il reconnaisse est l'envahissement des parois thoraciques par le cancer.

En Allemagne (3), Küster est partisan de l'extirpation systématique du contenu de l'aisselle, alors même qu'il n'existe aucune tuméfaction évidente, et il affirme qu'à l'examen microscopique il a toujours trouvé, sauf quelques

(1) Kirmisson, Remarques sur l'ablation des tumeurs du sein. Rapport de M. Th. Anger (*Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 1^{er} février 1882).

(2) Pearce Gould, De l'opportunité de l'énucléation des ganglions axillaires dans les cas d'ablation du cancer de la mamelle. Communication à la Société médicale de Londres, mars 1882 (*Union médicale*, 1882, p. 172).

(3) Küster, *Zur Behandlung der Brustkrebses*. — *Deutsche Gesellschaft f. Chir.* (*Revue des Sciences médicales*, 1884, p. 300).

rares exceptions, les ganglions atteints par un commencement d'envahissement néoplasique.

Oldekop (1), Henry (2), Sprengel (3), Estlander (4) adoptent cette ligne de conduite; Esmarch (5) va plus loin. Dans un cas, il désarticule l'épaule; Mitchels Banks (6), Thomas Annasdale (7), dans leurs leçons, se prononcent nettement pour l'extirpation radicale des ganglions axillaires; et enfin Péan (8) et Ch. Monod (9), dans leurs dernières cliniques, préconisent la toilette de l'aisselle comme complément indispensable de l'opération du cancer du sein.

Si l'on jette rétrospectivement un coup-d'œil d'ensemble sur cet historique, on peut constater plusieurs stades dans l'évolution du traitement opératoire du cancer du sein, et classer à ce point de vue des périodes totalement distinctes.

1^{re} Période. — Elle s'étend jusqu'au commencement du XVIII^e siècle. On considère l'intervention chirurgicale comme inutile, et la thérapeutique du cancer du sein est exclusivement livrée aux mains du médecin.

2^{me} Période. — Elle comprend les quarante premières

(1) Oldekop, Statistische Zusammenstellung der in der Klinik der Herrn Professor Esmarch zu Kiel in den Jahren, 1850-75 (*Archiv. fur. Klin. Chirurg.*, t. xxiv, 1879).

(2) A. Henry, *Statistische Mittheilungen über den Brustkrebses nach Beobachtungen aus den Breslauer Chir. Klin.* (*Revue des Sciences médicales* 1884, p. 300).

(3) Sprengel, *Archiv. fur Clin. Chirurg.*, t. xxvii, 1882.

(4) Estlander, Études cliniques sur les tumeurs malignes du sein (*Archiv. de gynécologie*, t. xxiv et xxv, 1881, p. 180).

(5) Esmarch. 12^e Congrès de la Société allemande de Chirurgie, avril 1883.

(6) W. M. Banks, *Manual of Surgery by Fr. Trèves*, t. iii.

(7) Th. Annasdale, Art. Carcinome (*Encyclopedie internationale de Chirurgie*, t. vi, p. 228).

(8) Péan, Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Saint-Louis, t. i, ii, iii.

(9) Ch. Monod, Pronostic et traitement du cancer du sein (*Gazette médicale de Paris*, 1884, p. 7, 17).

années du XVIII^e siècle. L'ablation de la tumeur cancéreuse seule entre dans le domaine de la chirurgie.

3^{me} Période. — Va. de la seconde moitié du XVIII^e siècle jusqu'à ces dernières années. On complète l'opération par l'extirpation des ganglions axillaires, mais on n'enlève que ceux des ganglions qui sont manifestement engorgés.

4^{me} Période. — Tout à fait contemporaine. L'intervention a fait un pas de plus. A l'extirpation restreinte des ganglions dégénérés, on a substitué la toilette axillaire complète, même lorsque les ganglions paraissent indemnes à l'examen extérieur. On a en même temps rendu plus radicale l'ablation de la tumeur du sein.

Ces heureuses innovations ont donné les résultats les plus satisfaisants, résultats qui ont permis d'espérer qu'en certaines circonstances l'opération du cancer du sein peut être suivie de guérison définitive.

Cette assertion s'appuie sur les statistiques suivantes (1):

Küster (2) sur soixante femmes a obtenu 13 guérisons définitives, soit 21,66 %.

Estlander (3) cite 40 cas où l'opération a réussi complètement 8 fois, soit 1/5 des cas.

Fischer donne la proportion de 10,2 %; pour Henry (4) le chiffre s'abaisserait jusqu'à 6,67 %.

M. Péan (5) cite 35 cas de cancer du sein, dont 33 furent traités par l'ablation. Dans 21 de ces cas, les ganglions

(1) Nous admettons, avec la plupart des auteurs allemands, comme définitive toute guérison qui persistera au-delà de 3 ans.

(2) Küster, *loc. cit.*

(3) Estlander, *loc. cit.*

(4) Henry, *loc. cit.*

(5) Péan, *loc. cit.*

axillaires engorgés furent extirpés. Il y eut 5 morts par suite de complications, 7 récidives après 9 mois de moyenne, et 21 guérisons qui se sont maintenues.

M. Valude (1), dans sa thèse, rapporte 31 cas dans lesquels M. Verneuil fit l'ablation de la tumeur et la toilette axillaire. Il y a eu seulement trois récidives après 6 mois. La date récente de ces opérations ne permet pas de contrôler plus longtemps la persistance de la guérison.

M. Monod (2) a rapporté à la Société de Chirurgie le résultat de 19 amputations du sein, avec extirpation des ganglions axillaires.

Ces résultats ont été les suivants :

Pas de récidive au bout de 2 ans 1/2	2 cas
— — 2 ans	1 cas
— — 1 an 1/2	2 cas
— — 1 an	2 cas

soit 7 opérés sans récidive au bout d'un an et plus.

On trouvera à la fin de notre thèse (observ. IV) l'histoire d'une malade qui fut opérée par M. le professeur Tédénat pour un carcinome du sein. On fit une toilette axillaire très complète. La guérison opératoire eut lieu au bout de peu de jours par première intention, et depuis cinq ans il ne s'est encore produit aucune récidive. L'état général de la malade s'est considérablement amélioré.

On remarque dans ces statistiques des variations parfois considérables, mais on pourrait, il nous semble, expliquer ces contradictions apparentes en réfléchissant que les opérations ne portent pas toujours sur des cas absolument sem-

(1) Valude, Du traitement chirurgical des néoplasmes mammaires. Th. de Paris, 1885, p. 64.

(2) *Bullet. de la Société de Chirurgie*, 1885, t. xi, p. 30.

blables. L'époque à laquelle a été faite l'opération, l'état général du sujet, la propagation plus ou moins avancée de la dégénérescence cancéreuse, la présence ou l'absence de complications sont autant de causes qui viennent perturber les résultats.

Nous concluerons en disant que la tendance actuelle, dans les cas de carcinomes du sein, est de faire l'ablation de toutes les parties malades, de pratiquer des opérations radicales portant à la fois sur la tumeur et les prolongements lymphatiques ou autres.

CHAPITRE II.

ANATOMIE DU SYSTÈME LYMPHATIQUE DE LA MAMELLE.

La disposition des ganglions lymphatiques nous intéressant particulièrement, il convient d'en étudier de près la topographie. Nous allons donc exposer ici brièvement quelques détails d'anatomie à propos des ganglions qui reçoivent les lymphatiques de la mamelle.

Sappey (1), après avoir décrit les lymphatiques qui tirent leur origine des téguments de la partie sus-ombilicale du tronc, ajoute que tous se jettent dans les ganglions de l'aisselle. Mais parmi les vaisseaux antérieurs qui prennent naissance sous la clavicule, cet auteur en mentionne un ou deux qui croisent la partie moyenne de cet os pour se terminer dans les ganglions de la région sus-claviculaire.

Cette connexion nous explique pourquoi, à la suite de l'extirpation du cancer du sein, on voit quelquefois ces ganglions sus-claviculaires s'engorger lorsque des tumeurs secondaires envahissent les téguments de la moitié supérieure du grand pectoral; et pourquoi aussi les ganglions de l'aisselle, dans ces conditions, conservent leur état d'intégrité et leur volume normal.

Quant aux vaisseaux lymphatiques de la mamelle, ils sont disposés sur deux plans qui se continuent entre eux, mais qui diffèrent très notablement par leur origine: les uns naissant des téguments et les autres de la glande mammaire.

(1) Sappey, Anatomie, physiologie et pathologie des vaisseaux lymphatiques, 1875, p. 47.

Les radicules lymphatiques superficielles forment sur le mamelon et l'aréole un réseau à mailles extrêmement serrées ; mais à mesure qu'on s'éloigne vers la périphérie, ces radicules deviennent moins nombreuses et plus déliées ; et semblent même disparaître à l'œil nu. De la partie centrale de ce réseau aussi bien que de la périphérie naissent, en nombre variable, des troncles qui traversent le derme et se jettent dans un autre plexus formé de troncs plus gros et que nous appellerons, avec Sappey, le *plexus sous-aréolaire*.

Les vaisseaux lymphatiques de la glande mammaire ont pour point de départ les culs-de-sac glandulaires. De ceux-ci ils se dirigent vers la surface des lobules sur laquelle ils s'unissent par de nombreuses anastomoses. Tous ces réseaux sus-lobulaires se continuent entre eux et émettent des rameaux de plus en plus volumineux qui convergent de la base de la mamelle vers le mamelon, en recueillant sur leur trajet les innombrables troncles provenant des lobes environnants. Parvenus au-dessous de l'aréole et présentant alors un calibre considérable, ils s'unissent pour constituer le *plexus sous-aréolaire* que l'on peut considérer comme le point de convergence de tous les lymphatiques du sein.

Ce *plexus sous-aréolaire* donne naissance à deux principaux troncs qui partent, l'un de sa partie interne, l'autre de sa partie externe et vont aboutir tous les deux dans les ganglions qui répondent à la paroi interne du creux axillaire. Ce sont donc ces deux vaisseaux qui constituent l'aboutissant dans l'aisselle de tout le système lymphatique de la mamelle, et c'est par eux que se fera la transmission de la dégénérescence néoplasique de la glande aux ganglions.

Sappey (1) ne dit que quelques mots de la disposition des ganglions dans le creux de l'aisselle : « Ils se groupent au-

(1) Sappey, Traité d'anatomie descriptive, 1876. t. II, p. 871.

tour des troncs artériels et veineux, sur lesquels ils forment une sorte de chapelet étendu du creux de l'aisselle à la partie moyenne de la clavicule.»

M. Eug. Boeckel, dans son article « *Aisselle*, » du dictionnaire de Jaccoud, fait remarquer que les ganglions se trouvent surtout à la partie interne du paquet vasculo-nerveux.

M. Tillaux (1) s'élève contre cette description. « Tous les auteurs avancent que les ganglions lymphatiques suivent le trajet des vaisseaux axillaires et les accompagnent jusque dans la région sus-claviculaire: cela n'est pas tout à fait exact. Les vaisseaux sanguins sont en rapport surtout avec la paroi externe, et les ganglions lymphatiques surtout avec la paroi interne du creux de l'aisselle, principalement ceux qui reçoivent les vaisseaux de la mamelle. A mesure que la pyramide axillaire se resserre, les organes se rapprochent les uns des autres et ils se touchent vers le sommet. »

Kirmisson (2), dans une communication à la société anatomique, a donné une description nouvelle des lymphatiques de l'aisselle. Quoique tous les ganglions soient sous-aponévrotiques, ils peuvent être divisés en deux groupes: l'un superficiel et l'autre profond.

Le groupe ganglionnaire superficiel comprend deux séries:

1° *Une série postérieure* dont les ganglions longent le bord antérieur du grand dorsal, en suivant le trajet des vaisseaux et des nerfs scapulaires inférieurs. Ils reçoivent les lymphatiques des régions postérieures du tronc, et ne sont que très rarement intéressés dans la dégénérescence cancéreuse d'origine mammaire.

2° *Une série antérieure* qui est plus importante. Les gan-

(1) Tillaux, Traité d'anatomie topographique avec application à la chirurgie, 1879, p. 485.

(2) *Bulletin de la Société anatomique* (séance du 20 octobre 1882, p. 453).

glions qui la forment sont cachés sous le bord inférieur du grand pectoral et courent le long des veines thoraciques longues et mammaires externes. Les plus antérieurs d'entre eux seraient même en contact réel avec un prolongement que, d'après Kirmisson, la glande mammaire envoie d'une façon constante vers l'aisselle.

Les ganglions du *groupe profond* sont au contraire situés tout en haut du creux de l'aisselle, derrière le petit pectoral, contigus aux gros vaisseaux et vont rejoindre les ganglions de la région sus-claviculaire, constituant ainsi le chapelet classique.

Ce groupe n'a de rapports avec la mamelle que par l'intermédiaire des autres ganglions avec lesquels ils s'anastomosent très largement. Aussi est-il pris en dernier lieu dans le cas de dégénérescence.

Au-dessus de la clavicule, situés derrière l'aponévrose moyenne, entre le bord postérieur du sterno-mastoïdien et le trapèze, on rencontre deux ou trois ganglions presque immédiatement appliqués contre les vaisseaux sous-claviers, se continuant en haut avec les ganglions carotidiens et communiquant directement en bas avec le chapelet axillaire. Ils ont aussi quelques connexions avec les lymphatiques des téguments de la partie antérieure et supérieure du thorax.

Par ces quelques détails anatomiques, nous avons montré que la mamelle, les ganglions axillaires et ceux du creux sus-claviculaires étaient réunis entre eux par des vaisseaux lymphatiques, de manière à former une véritable chaîne sans solution de continuité.

Ce fait admis, il est facile de comprendre que la propagation de la dégénérescence carcinomateuse, partie du sein, peut se faire sans obstacles à travers les différentes parties de ce chapelet lymphatique. Cette propagation semble, dans certains cas, se faire avec une rapidité vraiment surprenante.

Nous résumerons ici brièvement les traits saillants d'une observation de squirrhe du sein.

Il s'agit d'une femme, Marie A..., âgée de 60 ans, qui entra le 1^{er} novembre 1886 dans le service de M. le professeur Tédénat. Tout le sein gauche était envahi par une tumeur dure et bosselée; son apparition remontait à peine à six mois. La malade mourut le 26 novembre en présentant des phénomènes asphyxiques. L'autopsie démontra la généralisation de la dégénérescence néoplasique aux poumons et au foie tout entier.

Jusqu'à ces derniers temps, on admettait que, même dans les cas de carcinome du sein, sous l'influence de l'irritation provoquée par la présence du néoplasme ou par son ulcération, il pouvait se produire dans l'aisselle une adénite purement inflammatoire, et qu'il était inutile de venir extirper ces ganglions, puisque la résolution devait suivre de près l'ablation de la tumeur. Le fait est possible, et c'est dans ce sens qu'il faut interpréter les observations publiées d'adénites axillaires, guéries à la suite de l'amputation du sein.

Nous rapportons dans l'observation I l'histoire d'une malade qui, à la suite du curage de l'aisselle, présenta une adénite des ganglions sus-claviculaires. Cet engorgement fit craindre au début que la dégénérescence néoplasique ne se fût déjà emparée de cette région; mais heureusement il n'en fut rien. Le gonflement cessa d'augmenter au bout de quelques jours, et après être resté stationnaire pendant peu de temps, l'engorgement disparut en totalité. On n'avait employé comme toute médication qu'un badigeonnage avec une solution forte d'acide phénique. A la sortie de la malade, on sentait très distinctement les ganglions petits rouler sous le doigt. M. Tédénat est d'avis qu'il s'est agi en ce cas d'une simple inflammation ganglionnaire produite par le traumatisme opératoire.

Mais on peut admettre que ce sont là des faits très rares sur lesquels il serait imprudent de compter. Il est préférable de considérer tout engorgement comme suspect et de le traiter en conséquence.

CHAPITRE III.

DE L'AMPUTATION TOTALE DE LA MAMELLE.

Dans tous les cas de tumeur carcinomateuse du sein, lorsque le chirurgien se décide à intervenir, il doit avoir pour règle de faire une ablation large et complète de tout le néoplasme. Et cette règle doit être suivie à toutes les périodes de l'affection, même au début, alors que l'on rencontre seulement une petite tumeur arrondie, dure, siégeant soit au centre, soit sur un point de la périphérie de l'organe.

En effet, la dégénérescence néoplasique est souvent beaucoup plus étendue que ne le ferait soupçonner un examen superficiel. L'anatomie pathologique démontre l'existence de prolongements irradiés, dont l'exploration ne peut révéler l'existence, et que l'on ne peut même reconnaître que par un examen microscopique attentif. Il suffit alors qu'un de ces prolongements carcinomateux, quelque minime qu'il puisse être, échappe au bistouri du chirurgien, pour annihiler les bénéfices de l'opération et rendre une récidence à peu près certaine.

Les deux malades dont nous rapportons l'observation clinique (Observ. I et II) ont été l'une et l'autre opérées une première fois de leur tumeur du sein. Dans ces deux cas, on fit seulement l'extirpation de la portion indurée de la glande, et il est permis de supposer que l'ablation du carcinome ne fut pas complète. En effet, après cinq mois dans le premier cas, après six mois chez la deuxième malade, il se

produisit une récurrence, et la propagation aux parties environnantes sembla se faire avec une rapidité tout à fait spéciale.

Mitchels Banks (1) s'exprime ainsi : « L'idée que les opérations partielles dans le cancer du sein prolongent l'existence est une erreur complète..... Les opérations incomplètes sont plus nuisibles qu'utiles. En faisant ainsi, nous ne sauvons aucun malade, et nous détournons le public de croire que la chirurgie est une thérapeutique certaine. On aura quelques morts de plus, mais on sauvera plus de malades. »

Cette opinion a été défendue éloquemment par Verneuil, Th. Anger, Després, Trélat, Kirmisson, et elle est adoptée aujourd'hui par la plupart des chirurgiens.

Il ne faut donc pas hésiter à sacrifier toute la glande mammaire avec la peau qui la recouvre, l'aponévrose du grand pectoral et les fibres elles-mêmes de ce muscle s'il est envahi par le processus morbide. C'est au prix de ces délabrements, bien vite réparés par la cicatrisation, que l'on peut procurer au malade des chances sérieuses de guérison. C'est ce que démontre notre observation IV, ayant trait à un cas qui nécessita une opération des plus complètes.

Le manuel opératoire, tracé d'abord par Velpeau, a été définitivement réglé par Verneuil et Kirmisson, dans la discussion que suscita le mémoire de ce dernier devant la Société de chirurgie (2).

Ils conseillent de faire une incision en râquette, obliquement dirigée en bas et en dedans et circonscrivant la base de la mamelle. En bas, la limite est toute naturelle; elle est tracée par le sillon que forme le sein abandonné à son propre poids. La limite supérieure n'est pas aussi nettement

(1) W.-M. Banks, *loc. cit.*, p. 370 et 373.

(2) *Bulletin de la Société de chirurgie* (séance du 1^{er} février 1882).

indiquée; lorsque la peau est prise sur une grande étendue, la règle qui s'impose est de dépasser le mal cutané; mais dans le cas contraire, il est quelquefois impossible de sentir où s'arrêtent les dernières ramifications glandulaires. En ce cas, la malade étant couchée horizontalement, on peut relever la mamelle et achever circulairement l'incision inférieure.

La râquette plus ou moins allongée, plus ou moins ovale, est toujours fermée en dedans; en dehors, les deux incisions peuvent se rejoindre aussi ou être prolongées isolément pour ne se rencontrer que dans le creux de l'aisselle.

M. le Professeur Chalot (1) décrit ainsi l'amputation totale du sein: « Faire une incision cutanée courbe, dont la corde soit dirigée dans le sens d'une ligne qui irait du creux axillaire à la base de l'appendice xyphoïde (ligne axillo-xyphoïdienne). L'incision doit commencer et se terminer à un ou deux travers de doigts au-dessus et au-dessous de la circonférence de la glande.

» Diviser à grands traits la couche graisseuse sous-cutanée, dans la même étendue que la peau; puis, soit avec le manche du scalpel ou mieux encore avec l'index droit, pendant qu'on soulève et renverse de la main gauche la lèvre inférieure de l'incision, dénuder la partie correspondante de la glande jusqu'à la circonférence..... Faire une autre incision cutanée dont la concavité regarde la concavité de la première incision, etc.»

La peau étant incisée, il faut se livrer à une dissection minutieuse de la glande et surtout de ses prolongements. Il y a sur sa périphérie, et particulièrement à sa partie supérieure, des grains glandulaires qui se prolongent souvent, chez les sujets maigres, assez loin de la proéminence mam-

(1) V. Chalot, Nouveaux éléments de chirurgie opératoire, 1886, p. 725 et 726.

maire et peuvent échapper à l'opérateur s'il ne va les rechercher avec le plus grand soin.

La glande ayant été ainsi extirpée, on rencontre l'aponévrose pectorale qu'il sera généralement nécessaire d'enlever à cause de sa participation fréquente à la dégénérescence. On en ferait autant des fibres du muscle grand pectoral s'il était atteint. Chez une de nos malades (obser. II) on enleva une grande partie du muscle petit pectoral.

Pendant toute cette opération, l'écoulement de sang est très peu considérable et l'hémostase est facile à assurer par quelques pinces à forcipressure.

Banks (1) conseille, aussitôt après l'ablation du sein, de recouvrir la plaie de plusieurs couches de gaze aseptisée, afin d'éviter, par suite du refroidissement, la pleurésie et la pneumonie; on passe ensuite aux autres détails de l'opération.

Il est cependant des cas où la question de l'ablation du cancer du sein se présente sous une forme plus complexe. Il peut se faire, en effet, que le cancer se soit propagé aux parois thoraciques, ait envahi les ganglions situés sur le trajet des vaisseaux mammaires internes et de là ait gagné le tissu pulmonaire. Du côté gauche, le péricarde lui-même peut participer à cette dégénérescence néoplasique.

Toutes les fois qu'à l'examen on trouve la tumeur immobile et solidement fixée sur la paroi thoracique, on a le droit de croire que le cancer s'est propagé aux parties profondes, et ce fait constitue une contre-indication formelle à toute intervention opératoire.

Mais ce diagnostic est loin d'être toujours facile et dans le cours d'une opération, le chirurgien, après avoir enlevé la glande, l'aponévrose et le muscle, peut se trouver en face de ces lésions plus profondes.

(1) W. - M. Banks *Manual of surgery by Fred. Trèves*, p. 372.

Que faire en pareil cas? Reculer et laisser l'opération inachevée serait refuser au malade le bénéfice, même problématique, de l'intervention.

La résection d'une ou de plusieurs côtes n'est pas une chose bien grave, mais quelle conduite suivre si la plèvre et le poumon sont atteints?

M. Truc (1), dans sa thèse inaugurale, rapporte deux cas de résection du poumon pour des tumeurs du sein.

« Dans l'un de ces faits (1884), Krönlein extirpa un morceau de poumon dégénéré consécutivement à un sarcome récidivé de la paroi thoracique. Il n'y eut aucun incident opératoire et la malade, jeune fille de 18 ans, guérit complètement. »

« Dans l'autre (1882), Weinlechner, opérant un myxochondrome volumineux du thorax, trouva le lobe moyen du poumon droit envahi sur une étendue de 7 à 8 centimètres. Il passa aussitôt un fil en arrière de la portion altérée, après avoir placé laborieusement une double ligature pour empêcher l'hémorrhagie, et en pratiqua l'ablation complète. Il enleva même quelques noyaux dans le lobe supérieur. Le sujet mourut dans le collapsus 24 heures après l'opération. »

Sur deux observations de pneumectomie, faites la première pour un sarcome, la deuxième pour un myxochondrome secondaires du poumon, nous avons donc un succès. Ne pourrait-on pas espérer que l'application de la pneumectomie aux cas de carcinomes secondaires du poumon donnera les mêmes résultats favorables? Sans doute, nous savons que le tissu pulmonaire est très riche en vaisseaux lymphatiques et que les ganglions bronchiques ne doivent pas tarder à participer à l'infection; nous admettons que ce sont là

(1) H. Truc, Essais sur la chirurgie du poumon dans les affections non traumatiques. Th. de Lyon, 1885, p. 32.

de mauvaises conditions pour rechercher une guérison radicale ; mais notre intervention peut néanmoins procurer au malade une survie prolongée. Dans des cas pareils, en agissant largement, on a tout à gagner et rien à perdre.

M. Truc ajoute : « Il convient, autant qu'on en peut juger actuellement, de ne pas s'aventurer dans une extirpation étendue et profonde. D'un côté, le volume considérable ou la multiplicité des produits morbides impliquent une généralisation rapide ; de l'autre, les désordres occasionnés par la recherche et l'ablation complète de tous les tissus dégénérés peuvent compromettre immédiatement l'existence du sujet.

» En dehors des cas de tumeurs multiples ou volumineuses, la résection pulmonaire semble nettement indiquée. Le poumon peut supporter une action bien conduite et modérée. »

La présence d'adhérences unissant fortement la plèvre à la surface du poumon est une condition éminemment favorable à la réussite de la pneumectomie. En effet, dans ce cas, l'opérateur se livre à une véritable énucléation de la portion du poumon dégénérée, et n'a pas à craindre l'épanchement du sang dans la cavité pleurale, accident qui peut entraîner des conséquences fatales.

L'ablation des portions pulmonaires malades doit se faire avec le thermo-cautère ou le galvano-cautère. Il ne faut pas négliger de pratiquer toujours la résection de cette partie des côtes qui recouvre immédiatement le point où l'on fait une perte de substance au parenchyme pulmonaire, afin de favoriser la rétraction de la paroi thoracique qui viendra s'appliquer en cet endroit. Il est aussi indispensable de pratiquer le drainage, afin de favoriser l'écoulement des produits morbides.

M. Truc ne conseille pas l'emploi de la suture ; il préconise le pansement à plat, la plaie ouverte, de façon à « empêcher l'infiltration des tissus ambiants et des parois thoraciques par l'air extérieur ou pulmonaire. »

CHAPITRE IV

DE LA TOILETTE AXILLAIRE.— RÉSECTION VEINEUSE ET HÉMOSTASE.

L'extirpation des ganglions de l'aisselle doit être le complément indispensable de l'ablation du sein. Jusqu'à ces dernières années, les chirurgiens se contentaient d'enlever les ganglions manifestement infectés; mais, tout récemment, Kirmisson a généralisé cette pratique et a conseillé l'extirpation des ganglions axillaires, alors même qu'on ne pouvait y découvrir aucun engorgement suspect. La plupart des chirurgiens se rangèrent à son avis et admirent l'utilité générale de la toilette axillaire. A l'étranger, Gross, Pearce Gould, Küster, Mitchels Banks, Estlander, Von Langenbek, adoptèrent cette pratique.

Il est en effet incontestable que l'extirpation des ganglions présente des avantages sérieux.

D'abord, pour les cas où les ganglions sont engorgés, leur ablation arrêtera les progrès de l'infection générale. La propagation de la dégénérescence cancéreuse, qui a son foyer originaire dans le sein, se fait par les vaisseaux lymphatiques, et, arrivée aux ganglions de l'aisselle, elle s'arrête dans sa marche envahissante, souvent pendant un temps assez long. La suppression de ce foyer lymphatique, atteint par la dégénérescence néoplasique, arrêtera peut-être sa propagation aux ganglions voisins et justifiera pleinement l'opération. Les statistiques semblent parler en faveur de cette hypothèse.

D'autre part, l'anatomie pathologique démontre que l'infection cancéreuse des ganglions est beaucoup plus précoce que ne le laisserait supposer l'examen extérieur. Küster (1) cite 117 cas de tumeur cancéreuse du sein pour lesquels il a fait le curage méthodique de l'aisselle, bien que dans un très grand nombre de cas il n'y eût pas la moindre trace de dégénérescence ganglionnaire. Cependant l'examen macro et microscopique de ces ganglions démontra que, même dans ces conditions, il existait déjà un commencement d'altération cancéreuse. Deux cas seulement firent exception.

L'histoire de Marie V... (obs. I) est très démonstrative à ce point de vue. Au moment de sa seconde entrée à l'hôpital, quoique le volume de la tumeur fût comparable à celui du poing, on ne constatait encore aucun engorgement des ganglions de l'aisselle. Néanmoins le curage fut pratiqué et les ganglions enlevés soumis à l'examen microscopique. Cet examen prouva que plusieurs de ces ganglions axillaires qui paraissaient sains étaient déjà envahis par la dégénérescence carcinomateuse.

Gould (2) apporte un autre argument: il dit qu'après l'ablation du sein seul, la récurrence dans l'aisselle est beaucoup plus fréquente que lorsque les ganglions ont été enlevés. C'est ce qui s'est produit chez nos deux premières malades (obs. I et II).

Au milieu des statistiques favorables au curage de l'aisselle, il en est une au contraire qui donne les résultats les moins encourageants en faveur de cette méthode. En effet, si on dresse le tableau de la mortalité opératoire, on voit que Wi-

(1) Küster, *loc. cit.*

(2) Gould, *loc. cit.*

niwarter (1), empruntant les chiffres de Korteveg, arrive à une proportion de 20 p. 100.

Mais il faut remarquer qu'il s'agissait ici de cas où l'on avait affaire à des ganglions volumineux, dont l'extirpation a nécessité des opérations laborieuses et des délabrements très étendus. Il est à supposer que le curage précoce de l'aisselle n'offrira pas les mêmes inconvénients.

M. Thomas (2), dans sa thèse, rapporte huit observations de curage de l'aisselle; ces huit opérations furent suivies toutes les fois d'une guérison opératoire rapide; il n'y eut aucune complication.

D'ailleurs, même en reconnaissant à cette méthode des dangers opératoires plus grands, elle semble n'en conserver pas moins les chances précieuses de résultats plus satisfaisants.

Nous ne voudrions pas être trop exclusifs et appliquer la toilette axillaire à tous les cas de cancer du sein. Dans la plupart des sarcomes, où le retentissement néoplasique est souvent nul, dans certains cancroïdes et dans quelques épithéliomas, le curage pourrait être superflu. Son utilité serait également contestable dans les cas de carcinomes opérés tout à fait au début; mais ici il ne faut rien abandonner au hasard, et, au moindre doute, intervenir largement.

Certaines formes à marche lente (cancer atrophique) ou diffuse (cancer en cuirasse) doivent être abandonnées à elles-mêmes. On s'abstiendra encore lorsque la malade présentera les symptômes de la cachexie cancéreuse ou des signes évidents d'une infection ganglionnaire plus ou moins lointaine (cervicale, sus-claviculaire, thoracique).

(1) Winiwarter, *loc. cit.*

(2) Thomas, Du curage de l'aisselle dans le cancer du sein. Thèse de Lille 1885, p. 40 à 55.

Il faut faire cependant quelques restrictions à propos de la contre-indication tirée de l'envahissement des ganglionssus-claviculaires. L'abstention n'est pas une règle absolue, nous en dirons quelques mots dans la suite de cette étude.

Le *manuel opératoire* du curage de l'aisselle a été nettement formulé par Velpeau (1); il a été modifié depuis par Kirmisson et Verneuil (2); les auteurs étrangers n'en indiquent pas d'autres dans leurs ouvrages.

Velpeau indique deux façons différentes de pratiquer la toilette de l'aisselle. Dans la première, il se contente de prolonger l'incision elliptique de l'aisselle, le long du bord inférieur du grand pectoral. Au contraire, dans l'autre méthode, il fait du curage une véritable opération spéciale, distincte de l'ablation du sein, et il en trace les limites par une nouvelle ellipse comprenant toute la surface du creux axillaire.

Ce procédé, quoique permettant d'arriver facilement sur le chapelet ganglionnaire, a l'inconvénient de laisser entre les deux champs opératoires, le sein d'une part, l'aisselle de l'autre, un véritable pont formé précisément par cette portion des téguments, peau et tissu cellulaire, dans laquelle cheminent les lymphatiques qui vont de la mamelle aux ganglions axillaires. C'est laisser en place un terrain éminemment favorable à la récurrence.

Aussi a-t-on adopté l'incision en râquette, dont l'ellipse circonscrit la base de la mamelle aussi largement que le désire l'opérateur et dont la queue, prolongée obliquement en haut et en dehors, en suivant le bord inférieur du muscle grand pectoral, permet d'arriver aisément sur les ganglions de l'aisselle.

(1) Velpeau, *Traité des tumeurs du sein*, 1854, p. 606.

(2) *Bulletin de la Société de chirurgie*, février 1882.

Il faut avoir soin en même temps de mettre le bras de la malade dans l'élévation, combinée à l'abduction et à la rotation en dehors. C'est là la *vraie position chirurgicale* de cette région, car elle permet au creux axillaire de bailler en quelque sorte sous les yeux du chirurgien et se prête admirablement à la plus minutieuse opération.

Kirmisson (1) décrit ainsi l'extirpation des ganglions: « Après la dissection de la mamelle entière, on la laisse appendre au tissu cellulo-graisseux qui longe le bord inférieur du muscle grand pectoral. Ce tissu cellulo-graisseux est disséqué à son tour ; arrivé dans la cavité axillaire, il devient, comme chacun le sait, extrêmement mollassé, peu adhérent aux parties voisines et se laisse facilement décoller avec le doigt. Cette circonstance anatomique permet de constituer facilement à la tumeur, au milieu du sommet de l'aisselle, un véritable pédicule par lequel elle est appendue aux rameaux vasculaires qui se jettent dans la veine et dans l'artère axillaires. Rien n'est plus facile de placer une ligature sur le pédicule et d'exciser au-dessous de celle-ci les parties à retrancher. »

M. Thomas (2), dans sa thèse pour le doctorat, donne le *modus faciendi* de M. le professeur Paquet (de Lille), qui consiste à énucléer les ganglions avec les doigts, aidés de la spatule mousse et légèrement recourbée. Dans les cas où les adhérences sont très fortes et où il est impossible de terminer l'opération avec les doigts, il se livre à une véritable dissection avec les ciseaux et non le bistouri, ainsi qu'il le fait soigneusement remarquer. Les sections faites avec des ciseaux sont en effet toujours accompagnées d'un certain

(3) Kirmisson, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1^{er} février 1882.

(2) Thomas, *loc. cit.*, p. 37.

mâchonnement des tissus, qui est très favorable à l'hémotase des capillaires si nombreux en cette région.

On arrivera ainsi facilement à extirper les ganglions superficiels, situés le long du bord inférieur du grand pectoral, et ceux de la région postérieure, appliqués sur le bord du grand dorsal. Il n'en sera plus de même pour les ganglions profonds logés en chaîne au pourtour des vaisseaux, et que ce voisinage rend du même coup très difficiles à enlever.

Dans ces cas, on conseille de courir droit au point périlleux, c'est-à-dire d'aller examiner les vaisseaux avant de faire aucune tentative d'ablation.

Si l'artère est prise, cas tout à fait exceptionnel, il vaudrait mieux abandonner l'opération, à moins cependant d'agir comme Esmarch et Von Langenbek qui, dans deux circonstances analogues, désarticulèrent l'épaule et obtinrent la guérison définitive de leurs malades.

Nous citerons cependant tout à l'heure plusieurs observations où, pour des affections de même nature, on fit à la fois la résection de l'artère et de la veine sans préjudice pour la malade. Il en résulte donc que la chose est réalisable; mais nous n'avons pas l'autorité suffisante pour ériger la résection artérielle en un précepte indiscutable.

M. Valude (1), dans sa thèse, envisage deux cas en face desquels on peut se trouver lorsque la veine est découverte; nous le citons textuellement :

« Il sera possible d'isoler la veine. — On pratiquera alors l'isolement de la masse ganglionnaire en arrière, en avant et en dehors. Puis, les ganglions ne tenant plus qu'à la veine

(1) Valude, Du traitement chirurgical des néoplasmes mammaires. Th. de Paris 1885, p 113.

et par les branches vasculaires collatérales, on pratiquera une série de ligatures en masse à l'aide de l'aiguille de Deschamps, et qui successivement amèneront la libération du paquet ganglionnaire à extirper.

» *La veine est adhérente aux ganglions.* — Dans ce cas, le segment veineux suspect devra être sacrifié. Après avoir assuré l'hémostase par une double ligature supérieure et inférieure à la veine, la résection du segment intermédiaire sera effectuée avec les mêmes précautions de ligatures multiples en masse que précédemment.» La résection de la veine axillaire, pour si effrayante qu'elle paraisse d'abord, n'est cependant généralement pas suivie de conséquences fâcheuses. La circulation collatérale s'établit rapidement et suffit à constituer une voie de retour au sang du membre supérieur.

M. Verneuil l'a pratiquée nombre de fois et souvent dans une étendue de plusieurs centimètres, sans accidents post-opératoires appréciables.

M. Julliard (1) cite un cas semblable à propos d'un sarcome de l'aisselle et de la région sous-claviculaire. La tumeur étant enlevée de haut en bas, on la trouva adhérent fortement dans la profondeur du creux de l'aisselle et jusque dans le cou. L'artère et la veine sous-clavières pénétraient dans le néoplasme et le traversaient jusque du côté de l'aisselle; l'artère et la veine sous-clavières sont alors coupées entre deux ligatures, et le néoplasme est enlevé avec la partie des vaisseaux qu'il renfermait et dont la longueur était de 7 centimètres. Les suites de cette opération ont été très simples; la plaie a guéri par première intention et le thermomètre n'a dépassé 38° que le deuxième jour au soir. Ce cas est très remarquable à cause de la ligature simultanée

(1) *Revue de la Suisse romande*, avril 1882.

de l'artère et de la veine qui n'a été suivie d'aucun accident, pas même du plus léger degré d'œdème.

Watson Cheyne (1) rapporte un fait à peu près semblable. Pendant une opération de curage de l'aisselle pour récurrence de ganglions cancéreux, on fut conduit à réséquer entre deux ligatures une portion de la veine axillaire englobée dans la masse morbide. On dut enfin faire la ligature de la veine céphalique. Cette double ligature n'eut d'autre conséquence qu'un léger œdème de la main, qui disparut le troisième jour. « Il semble naturel, ajoute l'auteur, d'attribuer cette tolérance du système vasculaire à une circulation collatérale déjà existante au moment de l'opération, et développée sous l'influence de la compression exercée par le néoplasme. »

Weil (2) a publié plusieurs observations que nous allons rapporter sommairement.

Dans un premier cas, on fit l'excision sur une longueur de 5 centimètres de l'artère sous-clavière droite et de la veine axillaire, pendant une extirpation de carcinome du sein avec envahissement des ganglions adhérents aux vaisseaux. La malade guérit conservant seulement de l'œdème et de la faiblesse du membre supérieur.

Chez une autre malade, on pratiqua l'excision de l'artère et de la veine fémorale sur une longueur de 5 centimètres, dans l'ablation d'un sarcome volumineux de l'aîne. La malade mourut de gangrène.

Weil rapporte encore une observation de Wollkmann, relative à l'excision de 1 centimètre environ de la veine fémorale avec ligature de la veine fémorale profonde, sans qu'il y eût de troubles consécutifs de la circulation.

(1) W. Cheyne, *Medical Times and Gazette*, t. II, 1881, p. 254 (*Revue des Sciences médicales* 1881, p. 673).

(2) K. Weil. — *Über die Unterbindung grosser Gefasstämme in der Continuität*. — *Prager med. wochenschr.* N° 13, 1880 (*Revue des Sciences médicales*, 1881, p. 683).

Parmi ces observations, nous trouvons deux résections veineuses suivies de succès. Nous pouvons donc considérer cette résection, faite entre deux ligatures, comme une opération réalisable et n'entraînant pas infailliblement tous les désordres qu'on lui avait attribués.

Pour trois autres cas, nous voyons faire l'excision simultanée de l'artère et de la veine destinées à assurer la circulation de tout un membre : deux fois pour le bras, une fois pour le membre inférieur. Cette dernière opération fut suivie d'une gangrène qui se termina par la mort. Les deux autres malades guérirent sans accident. Ces deux résultats favorables peuvent permettre de considérer comme praticable l'excision des deux vaisseaux du bras. La première opération, suivie de gangrène, semble au contraire contre-indiquer cette manière d'agir, et il ne resterait plus alors, comme suprême ressource, que la désarticulation de l'épaule pratiquée d'ailleurs une fois par Esmark et Langenbek. Le sujet est très délicat et nous n'avons pas l'autorité suffisante pour prendre ici la défense de l'une ou l'autre de ces méthodes.

Les manœuvres opératoires pratiquées dans le creux de l'aisselle, quoique ne s'adressant pas aux vaisseaux, peuvent cependant quelquefois entraîner des complications hémorrhagiques à cause des rapports intimes qui les unissent aux ganglions de cette région, et qui peuvent occasionner des plaies latérales de ces vaisseaux. Il faut dans ce cas-là pratiquer la ligature de la veine intéressée. Nous rapportons dans notre observation II un cas de ligature de la veine céphalique presque au niveau de son embouchure. M. le professeur Tédénat conseille même, quand une collatérale a été sectionnée trop près du tronc veineux principal, de faire la ligature de ce dernier vaisseau.

Quant aux branches veineuses collatérales, leur hémostase

présente souvent quelque difficulté. Il se peut, en effet, que la torsion et la ligature ne donnent aucun résultat, soit parce qu'on ne peut parvenir à découvrir le vaisseau trop profondément caché, soit encore parce qu'on ne peut mettre la ligature en place ou l'y maintenir. On est autorisé dans ces cas à laisser à demeure des pinces à forcipressure qui arrêtent l'hémorrhagie. C'est ce qui a été fait pour les quatre opérations dont nous rapportons l'histoire.

Tout récemment Schmid (1) a même conseillé l'emploi de ce moyen pour les plaies latérales des veines volumineuses. Dans les expériences qu'il a faites sur des lapins, il n'a jamais eu d'hémorrhagies secondaires ; et dans la plupart des cas, la circulation n'était pas interrompue : le vaisseau contenait encore du sang liquide. Cette méthode employée 7 fois chez l'homme (Augusta Hospital) a donné d'excellents résultats.

Schmid conseille d'enlever les pinces après 24 heures.

On peut donc, sans grande crainte, et, dans le but de rechercher un succès complet, réséquer, lier ou pincer la veine axillaire.

Nous citerons, en terminant, une dernière modification apportée à l'opération du curage de l'aisselle : pratiquée d'abord par Velpeau, elle a été préconisée par M. Verneuil.

Lorsque les ganglions remontent très haut sous le grand pectoral, il est quelquefois très difficile de les atteindre par le procédé opératoire décrit tout à l'heure. En pareille occurrence, Verneuil n'hésite pas à attaquer la paroi antérieure du creux de l'aisselle, c'est-à-dire le muscle grand pectoral. Après en avoir fait la section avec l'écraseur pour éviter l'hémorrhagie, il écarte les deux lambeaux, et se

(1) Schmid. — Occlus. latér. des sections veineuses par des pinces à demeure. — Société de médecine Berlinoise, séance du 22 décembre 1886 (*Semaine médicale*, 1886, p. 545.)

trouve ainsi en face d'un champ opératoire complètement dégagé et très accessible à toute exploration. Il est alors plus facile de se livrer à la recherche de tous les plus petits ganglions.

CHAPITRE V.

DE L'ABLATION DES GANGLIONS SUS-CLAVICULAIRES.

Dans une clinique sur le traitement chirurgical du cancer du sein, M. Ch. Monod (1) s'exprime ainsi :

« Si les ganglions sus-claviculaires sont manifestement tuméfiés, n'opérez pas. On peut considérer leur altération comme étant presque à coup sûr l'indice d'une généralisation commençante. »

La plupart des chirurgiens se rangent à cet avis. En effet, en dehors de la généralisation qui rend inutile toute tentative, les opérations pratiquées sur cette région exposent les malades aux dangers d'hémorrhagies souvent fatales.

Ce principe général de la non intervention pourrait cependant dans des cas spéciaux admettre quelques exceptions. On peut en effet se trouver en présence de malades atteintes de dégénérescence secondaire des ganglions sus-claviculaires, et qui, ignorant la gravité de leur affection, réclament à grands cris l'intervention du chirurgien. Refuser de céder à leur désir, c'est leur enlever d'un seul coup toutes leurs illusions, et précipiter peut-être, par cette influence morale

(1) Ch. Monod, Pronostic et traitement du cancer du sein. (*Gazette médicale de Paris* 1884, p. 51)

fâcheuse, un dénouement funeste. Mais le chirurgien ne doit se faire aucune illusion en face des difficultés que présente toute intervention sur ce terrain périlleux ; il faut considérer cette ablation comme une *opération de nécessité*.

Si l'on se décidait à intervenir, comment faudrait-il opérer ?

M. le professeur-agrégé Truc (1), dans un récent mémoire publié par la *Gazette des Sciences Médicales* de Montpellier, décrit ainsi un procédé qui lui est personnel :

« A deux doigts de l'insertion brachiale du grand pectoral, nous conduisons une ligne vers le milieu de la clavicule, et, au niveau de ce point, nous faisons une incision horizontale de 5 à 6 centimètres. »

» La ligne qui va de l'aisselle à la clavicule est donc coupée presque perpendiculairement par la queue de la râquette mammaire et par la ligne qui longe la clavicule ; on peut la prolonger vers la base du cou. Cette incision, presque verticale, nous laisse rabattre à droite et à gauche deux lambeaux cutanés, sectionner le grand pectoral, le petit pectoral, et nous donne beaucoup de jour vers le sommet de l'aisselle. Plus haut, elle nous permet de scier obliquement la clavicule et de couper le sous-clavier. La clavicule sectionnée, l'épaule peut être rejetée en arrière et nous laisser toute liberté d'action dans les régions ganglionnaires axillaire et claviculaire.

» En ayant soin de sectionner la clavicule, obliquement de dedans en dehors et de haut en bas, on peut ultérieurement combattre l'action des muscles deltoïde et pectoral en bas, et du sterno-mastoïdien en haut. »

Les ganglions sont enlevés avec précaution afin d'éviter la blessure des gros vaisseaux ; puis l'opération terminée, les

(1) Truc, *loc. cit.*

segments osseux sont rapprochés et peuvent être maintenus au contact par une suture ou une ligature au fil métallique.

«Ce procédé opératoire, fait remarquer M. Truc, à part le mode de section de la clavicule, n'est autre, en réalité, que le procédé classique de préparation anatomique de la région claviculo-axillaire. C'est une nouvelle application chirurgicale de celle-ci. »

CHAPITRE VI.

PANSEMENT.

La question du pansement et de la réunion immédiate a soulevé de nombreuses discussions.

Au commencement de notre siècle, Bégin, Lisfranc et Récamier étaient partisans de la réunion par première intention et la tentaient dans toutes les circonstances. Velpeau, moins exclusif, l'essayait toutes les fois qu'elle lui paraissait réalisable.

Actuellement, on n'est pas encore tout à fait d'accord sur le pansement consécutif à l'ablation des tumeurs du sein.

Cependant le désaccord est plus apparent que réel, et l'on pourrait diviser les chirurgiens en deux classes : Dans l'une, très moderne, les chirurgiens disciples de Lister, ayant adopté ses principes et ses pratiques sans restriction ; ceux-là sont tous partisans de la réunion primitive, tous la recherchent et aucun d'eux n'accorde qu'elle présente d'inconvénients possibles. Les autres ont plus ou moins adopté l'emploi des substances antiseptiques ; ils mettent un certain éclectisme dans le choix des cas de réunion. Ils font souvent la réunion partielle, mais pour la plupart d'entre eux la réunion des grandes plaies du sein est redoutable ; elle expose aux phlegmasies et à l'érysipèle.

En 1885, une vive discussion eut lieu à la Société de chi-

rurgie, à propos d'un mémoire de M. Mouchet, de Sens, sur la réunion primitive dans les amputations du sein (1).

M. Championnière, rapporteur de ce mémoire, se fit le défenseur de la réunion par première intention. Pour lui, «la réunion immédiate est un élément inséparable de la chirurgie moderne. Aujourd'hui on peut dire que, quelle que soit la plaie, pourvu qu'il existe des parties molles, le chirurgien devra la fermer, qu'il y ait des os, des cartilages, des séreuses à recouvrir, peu importe. Mais le résultat ne saurait être assuré ni obtenu sans dangers, si l'opérateur cherche à se soustraire aux minutieux détails de la chirurgie antiseptique. Oui, il est bien vrai que la réunion immédiate expose aux suppurations, aux décollements; oui, il est bien vrai qu'avec elle l'érysipèle est plus commun; mais cela n'est vrai que pour une plaie septique. L'asepticité est donc la condition première de la réunion immédiate.»

Les autres conditions sont les suivantes :

Prêter une grande attention à ce qu'il ne se forme pas de cloison derrière les lambeaux, et, au besoin, largement diviser au bistouri.

Faire une hémostase complète pour diminuer l'abondance de l'écoulement.

Négliger dans la plupart des cas les sutures profondes. Les sutures superficielles, au contraire, doivent être multipliées et un grand nombre d'entre elles être tout à fait superficielles, de façon à s'opposer à tout enroulement de la peau. Il conseille, pour ces sutures, l'usage du crin de Florence.

Le rapporteur ajoute : «Le drainage me paraît avoir, dans la réunion des immenses lambeaux que l'on fait au sein, une importance capitale. J'emploie des tubes en caoutchouc durci, afin que leur calibre ne s'efface pas malgré une bonne com-

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*. 1885, t. xi, p. 4 à 23

pression. Il faut les enlever définitivement vers le quatrième jour.»

Le premier pansement doit être renouvelé le lendemain. On emploiera, pour assurer l'asepsie de la plaie, une certaine quantité d'iodoforme.

Telle fut l'opinion résumée par M. Lucas-Championnière, dans son rapport sur la réunion immédiate; il termina en ajoutant que cette méthode avait donné 11 cas de guérison opératoire dans 11 cas d'amputations du sein pratiquées par M. Mouchet.

MM. Polaillon et Pozzi se rallièrent à ces conclusions. Pour eux, on peut favoriser même le rapprochement des lambeaux par quelques petits tiraillements qui sont une bonne condition de succès, parce qu'ils immobilisent complètement les parties divisées.

M. Marc Sée, fervent partisan de cette méthode, justifie ainsi sa conduite: « La réunion des plaies de l'aisselle me paraît extrêmement importante, parce que, quand elles suppurent, elles donnent lieu à des adhérences entre les muscles de l'épaule, qui gênent considérablement les mouvements du bras et même la circulation sanguine; tandis que rien de semblable ne s'observe quand la réunion immédiate est obtenue.»

M. Trélat se déclare aussi pour le pansement fermé. M. Le Dentu, moins absolu, s'exprime ainsi: « Lorsque l'affrontement des lèvres de la plaie se fait d'une manière pour ainsi dire spontanée, il me semble que la réunion s'impose et qu'elle ne doit pas être faite dans le cas contraire. En ce qui concerne les accidents possibles, je crois que le mode de pansement joue à cet égard un rôle insignifiant. Je n'ai pas eu plus d'accidents en réunissant qu'en ne réunissant pas.»

M. Verneuil, prenant la parole, se déclara hostile à toute

espèce de réunion immédiate des plaies d'amputation du sein. Il motivait ainsi son opinion :

La réunion immédiate expose au danger de complications graves : phlegmons, érysipèles, etc.

Cette réunion est impossible lorsque les lambeaux sont séparés par des pertes de substance trop larges.

Les chirurgiens qui la pratiquent sont portés fatalement à faire des opérations parcimonieuses.

Avec le pansement antiseptique ouvert, « le traitement, dit-il, est incontestablement plus long. Lorsqu'on a curé l'aiselle, les plaies mettent deux mois en moyenne pour arriver à la cicatrisation complète ; mais il faut bien savoir que les malades peuvent se lever dès le quinzième jour, et que vers la troisième semaine il ne leur reste plus qu'une belle plaie bourgeonnante qui n'empêche pas la malade de retourner dans ses foyers. » 35 opérées ont guéri par ce pansement, sans jamais avoir eu d'érysipèle.

M. Desprès se rallie à cette opinion. Pour lui, « la réunion immédiate est un trompe l'œil. On considère la guérison comme définitive au bout de quinze jours, mais on oublie un trajet fistuleux ou une plaie suppurante qui n'est cicatrisée que longtemps après. » Son pansement consiste à mettre sur la plaie de la charpie et du cérat.

M. le Professeur Dubrueil a fait une critique de cette discussion (1). Il s'attache à démontrer d'abord l'impossibilité de la réunion immédiate proprement dite après les amputations du sein : « Est-ce bien la réunion immédiate que l'on a le droit d'attendre, même dans les circonstances les plus favorables, pour une plaie résultant de l'ablation d'une tumeur du sein, que l'on ait enlevé les glandes en totalité ou en partie, et en usant des agents antiseptiques ? Une condi-

(1) Dubrueil, *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier*, 1885, p. 100.

tion m'a paru toujours indispensable pour obtenir ce résultat réellement si enviable de la réunion immédiate, c'est-à-dire sans suppuration : cette condition, c'est que les tissus, mis en contact, soient similaires. Pour la plaie produite par l'extirpation du sein on affronte, il est vrai, la peau avec la peau ; mais, pour les parties plus profondes, on ne peut avoir la prétention de juxtaposer exactement des tissus identiques. Ce à quoi l'on peut prétendre en pareil cas, c'est une réunion immédiate de la peau et une réunion secondaire rapide des parties sous-jacentes.»

La réunion par première intention présente un autre inconvénient très sérieux ; c'est que lorsqu'elle échoue, elle met la malade dans des conditions beaucoup plus défavorables que celles que lui eût créé un pansement antiseptique à plat appliqué dès le début.

M. Dubrueil exprime ainsi, en terminant, son opinion à laquelle nous nous rallions : « Mon expérience m'a conduit à un éclectisme que je formulerai de la façon suivante : ne pas repousser de parti pris la réunion immédiate, mais ne la tenter que lorsque les lèvres de la plaie peuvent facilement être maintenues au contact, sans qu'il soit pour cela nécessaire d'exercer de fortes tractions. En dehors de ces conditions, pas de tentatives de réunion. »

OBSERVATIONS.

Observation I.

Carcinome du sein. — Ablation. — Récidive cinq mois après. — Seconde opération : Ablation de la tumeur avec extirpation des ganglions axillaires. — Réunion immédiate.

Marie V..., 50 ans, journalière, entre le 22 octobre 1886 à l'hôpital Saint-Eloi, salle des femmes, N° 3, pour une tumeur récidivée du sein gauche.

Le père de la malade est mort à 60 ans d'un cancer de la face ; sa mère est morte à 40 ans d'une attaque. Sa sœur est bien portante.

Réglée à 14 ans, Marie V... a eu une menstruation toujours régulière. Pas de pertes blanches ; les règles duraient cinq jours en moyenne. Mariée il y a 30 ans, a eu deux enfants qu'elle a nourris. N'a jamais eu de mal aux seins.

En novembre 1885, a été opérée pour la première fois d'une tumeur présentant le volume d'un œuf, siégeant à la partie supérieure et externe du sein gauche. Le début de cette première tumeur remontait à dix mois. La guérison complète s'effectua en trois semaines.

Au mois de mai 1886, à la suite d'un coup de coude sur le sein gauche, la malade dit avoir vu apparaître une petite tumeur du volume d'une noix, située à la partie inférieure de la glande. Cette tumeur, qui est de temps en temps le siège de douleurs lancinantes, a grossi peu à peu jusqu'à aujourd'hui.

A l'entrée de la malade à l'hôpital, on constate la présence, dans le sein gauche, d'une tumeur du volume du poing, dure, ferme, bosselée et très mobile sur les tissus sous-jacents. La peau n'est adhérente en aucun point, le mamelon est normal, non rétracté, et n'a jamais donné issue à aucun liquide. Il est impossible de découvrir aucune trace d'infection ganglionnaire.

7 novembre. Opération. On fait une incision transversale de 13 centimètres de longueur, à la partie externe du sein, et on pratique ainsi très facilement l'énucléation de la tumeur. On enlève dans l'aisselle 5 à 6 ganglions présentant chacun la grosseur d'un pois. 10 sutures à la soie phéniquée rapprochent les lèvres de la plaie et on laisse à sa partie externe un drain volumineux par lequel on fait plusieurs lavages avec de l'eau au sublimé. Pansement à l'iodoforme; le bras est maintenu appliqué contre la poitrine par des bandes.

8 novembre. Pas de douleurs; nuit très bonne. A eu deux vomissements pendant la journée précédente. T. matin 37°4, soir 37°2. P. 96.

9 novembre. Facies calme; la malade n'éprouve aucune douleur. Le pansement n'est pas souillé à l'extérieur. T. matin 37°6, soir 37°. P. 100.

10 novembre. Pas de douleur. On défait le pansement: on ne trouve pas de pus, aucune trace de tuméfaction inflammatoire. On constate de l'empâtement des ganglions sus-claviculaires. T. matin 39°5, soir 38°. P. 100.

11 novembre. La malade se plaint d'une douleur lancinante assez vive au niveau de l'adénite sus-claviculaire. On badigeonne cette région avec la solution phéniquée forte.

Pas de selles depuis le jour de l'opération; langue saburrale. On administre un purgatif avec calomel et scamonnée, parties égales, 0 gr. 60. T. matin 38°7, soir 37°6. P. 88.

13 novembre. 2^{me} pansement. Pas de pus, léger écoulement séreux, absence complète de gonflement. Les sutures sont enlevées ; tout est réuni excepté le passage du drain. L'adénite sus-claviculaire a bien diminué, et les douleurs en ce point ont disparu. T. matin 37°4, soir 37°. P. 88.

18 novembre. 3^{me} pansement. A la partie supérieure du creux de l'aisselle, il s'est formé une petite poche qui a retenu de l'eau du pansement précédent. On y met un crayon d'iodoforme. Les ganglions sus-claviculaires sont toujours empâtés.

20 novembre. Le creux sus-claviculaire se reforme ; à la palpation, on trouve toujours un engorgement assez prononcé.

23 novembre. 4^{me} pansement. Léger écoulement à odeur rance, venant de la petite poche supérieure qui, d'ailleurs, se referme. Ni rougeur, ni gonflement ; la ligne de réunion est incrustée d'iodoforme.

25 novembre. Les ganglions sus-claviculaires sont devenus mobiles ; ils ne sont plus ramassés en une masse compacte.

29 novembre. 5^{me} pansement. Réunion complète ; la poche supérieure est presque entièrement comblée. On y met de la poudre d'iodoforme.

5 décembre. La malade quitte l'hôpital complètement guérie. Les ganglions sus-claviculaires sont très mobiles et très petits.

L'examen microscopique de la tumeur enlevée démontra qu'on avait eu affaire à un carcinome. Plusieurs ganglions axillaires, qui paraissaient sains, furent trouvés envahis par la dégénérescence néoplasique.

Observation II.

Tumeur cancéreuse du sein opérée 6 mois après le début de son apparition. — Récidive 6 mois plus tard. — Amputation totale et curage de l'aisselle. — Guérison opératoire après 25 jours.

Marie V...., 39 ans, ménagère, entre le 19 novembre 1886 à l'hôpital Saint-Éloi, salle payante, N° 3, pour une tumeur récidivée du sein droit. Sa mère, âgée de 60 ans, est bien portante; son père est mort âgé d'une affection hépatique. Elle-même a toujours joui d'une bonne santé. Régliée à 17 ans, mariée à 22, elle a eu cinq enfants; le dernier est âgé de 6 semaines seulement.

Il y a deux ans, la malade a constaté, vers la partie supéro-externe du sein droit, une tumeur du volume d'une noix, tumeur s'accompagnant de douleurs lancinantes irradiées vers l'aisselle d'une part; vers le bras, l'avant-bras et la main d'autre part.

Extirpation au bout de 6 mois; guérison opératoire en peu de jours.

Depuis un an environ, une nouvelle tumeur s'est montrée vers la portion supérieure du sein droit, un peu en dedans de l'incision nécessitée par l'opération précédente. Cette tumeur a graduellement augmenté de volume, s'est développée sous le bord inférieur du grand pectoral, puis s'est ulcérée.

Au moment de son entrée dans le service, la malade est en bon état; la santé générale est excellente. La tumeur est dure, bosselée, mobile sur les tissus sous-jacents; en dehors des points ulcérés, la peau n'est pas adhérente. Le mamelon est normal, non rétracté, et par la pression mammaire donne

issue à du lait. La plaie ulcéreuse occupe l'aisselle et présente de 4 à 5 centim. de longueur sur 2 ou 3 de largeur. Les ganglions axillaires sont engorgés et constituent une masse irrégulière; les ganglions claviculaires ne sont pas perceptibles.

On se trouve en présence d'un carcinome mammaire récidivé sur place, avec envahissement ganglionnaire manifeste.

On procède à l'extirpation le 24 novembre. Une incision elliptique circonscrit la tumeur et l'extrémité externe se prolonge en râquette le long du bord inférieur du grand pectoral jusqu'au sommet de l'aisselle. La dissection est laborieuse, car les ganglions forment une masse compacte, indurée; le petit pectoral est envahi et l'on doit poursuivre les prolongements carcinomateux jusqu'au sommet du creux axillaire. L'hémorrhagie est assez abondante. On place un certain nombre de ligatures sur des artérioles, on lie la veine céphalique exactement au niveau de son embouchure; enfin, on est obligé, pour achever l'hémostase, de laisser cinq ou six pinces de Péan à demeure vers le haut de la cavité axillaire sur des vaisseaux ouverts qu'on ne peut lier.

La réunion des lèvres de la plaie étant très difficile, on ne la pratique pas. On se contente d'appliquer sur la région des tampons de gaze iodoformée et un pansement compressif.

L'opération a été complète, mais assez laborieuse. La malade paraît affaiblie.

Le soir même: R. 36; P. 100. Quelques douleurs irradiées vers le bras et l'avant-bras.

26 novembre. T. 38°3 et 37°6; P. 80. Pas de douleur. Premier pansement: on retire les pinces hémostatiques.

Les jours suivants, il existe un état gastrique léger qui nécessite un laxatif. La température ne dépasse pas 38°5; elle oscille en moyenne entre 37°5 et 38°. Les douleurs ont complètement disparu.

Pansements les 30 novembre et 4 décembre. Pas de gonflement inflammatoire, la plaie a bon aspect; pas d'écoulement purulent, à peine un peu de sérosité; pas d'odeur. Les jours suivants, la situation de la malade s'améliore encore. Le 15, l'état général est excellent; la plaie est à peu près cicatrisée. Au bout de quelques jours la malade quitte l'hôpital.

Observation III.

Carcinome du sein gauche.— Ablation avec curage de l'aisselle.— Réunion immédiate.

S..., 45 ans, couturière, entre le 16 mars 1886 dans le service de M. le Professeur Tédénat, salle payante, N° 2, pour une tumeur du sein gauche.

Pas d'antécédents héréditaires. Elle-même jouit ordinairement d'une bonne santé. Elle a eu à 14 ans une pleurésie à gauche qui a duré 3 mois et a nécessité l'application de 7 vésicatoires. Menstruation régulière. Mariée à 22 ans, elle a eu deux enfants qu'elle a nourris près de 20 à 22 mois; elle avait remarqué que le sein gauche fournissait beaucoup plus de lait que le sein droit. Elle a eu des gerçures aux bouts des seins, mais pas d'abcès.

Il y a plus de deux ans, sans cause connue, elle a commencé à ressentir dans le sein gauche une petite douleur piquante se manifestant par intervalles.

Il y a deux mois, après avoir beaucoup souffert pendant toute une nuit de ce sein gauche, elle s'aperçut de l'existence d'une tumeur. Cette tumeur siégeait au-dessous du mamelon et était le point de départ d'irradiations douloureuses très vives. Dans l'aisselle, S... constatait la présence de quelques ganglions notablement augmentés de volume, mais indolores.

On essaya des emplâtres résolutifs et de l'iodure de potassium qui ne donnèrent aucun résultat. La malade se décide alors à entrer à l'hôpital.

On trouve au centre même du sein gauche une tumeur dure, aplatie, allongée transversalement, mobile sur les parties profondes et n'intéressant pas la peau. Trois à quatre ganglions font saillie dans l'aisselle.

19 Mars. Ablation de la tumeur par deux incisions limitant une ellipse de 6 centimètres de hauteur sur 10 centimètres de longueur. L'incision est prolongée du côté de l'aisselle et on fait l'énucléation des ganglions indurés.

Six sutures au catgut chromique réunissent les deux tiers inférieurs de la plaie; un drain étant placé profondément, la plaie de l'aisselle est saupoudrée d'iodoforme et bourrée de bandelettes de gaze iodoformée. Pansement avec plaques de coton imbibées d'une solution au sublimé; coton sec, macintosh et bandes en gaze phéniquée.

20. La malade se trouve bien, souffre peu.

21. Premier pansement: pas de gonflement inflammatoire; pas de pus; la réunion immédiate tend à se faire sur les points suturés. La plaie de l'aisselle a une couleur rosée, on diminue la longueur du drain. On fait le même pansement.

24. Deuxième pansement: les pièces de pansement sont imprégnées de sérosité, mais pas de pus.

La réunion immédiate a lieu. Même pansement.

26. Légère hyperthermie. On administre 0 gr. 60 de bromhydrate de quinine.

27. Troisième pansement: pas de pus; le drain est enlevé. Les sutures de catgut sont bien supportées et n'ont pas de tendance à ulcérer les téguments. Soir; un peu de fièvre; légère douleur au niveau de la plaie.

28 et 29. Va bien.

30. Quatrième pansement: la réunion immédiate est faite:

deux fils de catgut sont coupés. Pansement avec iodoforme et ouate sèche.

5 avril. Depuis plusieurs jours la malade se lève et marche dans la salle. Cinquième pansement: réunion immédiate des parties suturées; la plaie de l'aisselle se ferme rapidement. Tous les fils de catgut bien supportés sont enlevés intacts.

8 avril. On laisse sortir la malade en lui recommandant de continuer le pansement iodoformé.

M. le Professeur Tédénat a revu la malade au mois de juillet; il n'a constaté aucun symptôme pouvant faire craindre une récurrence.

Observation IV.

Carcinome du sein gauche. — Amputation. — Récurrence. — Seconde opération avec curage complet de l'aisselle. — Guérison persistant depuis cinq ans.

M^{me} G..., âgée de 45 ans, demeurant à B... (Aude). Santé bonne jusqu'au mois de février 1881. Elle constate alors dans le sein gauche une tumeur dure, mobile, indolore, du volume d'une petite mandarine. L'état général reste excellent.

La tumeur augmente peu à peu de volume; au mois de décembre 1881, le sein fut amputé; la tumeur était mobile et non ulcérée. Réunion immédiate.

Récurrence nette dans la région mammaire en juillet 1882. Le 10 octobre 1882, quand M. le professeur Tédénat vit la malade, il trouva sur la cicatrice une tumeur allongée, dure, adhérent profondément, longue de 10 à 12 centim., large de 4 centim. Quelques ganglions dans l'aisselle. Teint pâle, presque jaune-paille.

Avec l'aide du D^r Agostini, M. Tédénat enleva largement

la tumeur mammaire par deux incisions formant ellipse de la partie supérieure de laquelle une incision fut menée jusqu'au fond du creux axillaire. Il enlève tout (ganglions, tissu connectif), ne laissant que les vaisseaux et les nerfs. Le curage de l'aisselle fut long et pénible, l'opérateur alla fouiller jusqu'au-dessus de la clavicule.

Suture sur toute la longueur de l'incision ; pansement phéniqué sans drain. Huit jours après, la réunion était complète. La température atteignit une fois seulement 38°5.

La malade se leva le 12^e jour. Quelques semaines après l'opération, le teint jaune-paille avait disparu.

En février 1887, la guérison persiste et l'état général est excellent.

La tumeur mammaire était un carcinome type ; de nombreux ganglions axillaires étaient envahis.

Dans la famille on n'avait, depuis trois générations, observé ni cancer, ni tuberculose. Aucun traumatisme appréciable.

CONCLUSIONS.

I. — L'extirpation du carcinome du sein entraîne parfois une guérison radicale ou permet une survie équivalente.

II. — Les opérations radicales paraissent nécessaires à ce résultat thérapeutique; les opérations précoces, larges et complètes y sont éminemment favorables.

III. — Ces opérations comprennent l'ablation de la tumeur et de ses prolongements, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques; elles comportent ou peuvent comporter:

1° L'amputation totale du sein;

2° L'ablation des tissus aponévrotiques, musculaires, costaux ou pleuro-pulmonaires envahis par propagation directe;

3° La toilette axillaire et parfois claviculaire.

IV. — L'amputation totale est toujours indiquée.

V. — La pneumectomie est possible, mais reste une opération de surprise ou de nécessité.

VI. — La toilette axillaire doit être, en principe, de rigueur; elle est nécessaire si les ganglions sont augmentés de volume; elle est souvent utile alors, même qu'ils paraissent indemnes.

VII. — La toilette claviculaire n'a que des indications exceptionnelles, mais n'est pas au-dessus des ressources

chirurgicales ; elle paraît facilitée par la section préalable de la clavicule.

VIII.—La ligature ou l'extirpation d'une certaine étendue de la veine axillaire blessée ou cancéreuse, n'entraîne pas ordinairement de graves conséquences. L'invasion simultanée de la veine et de l'artère axillaire peut nécessiter une double résection vasculaire, ou légitimer, immédiatement ou ultérieurement, une désarticulation de l'épaule.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 12 mars 1887.

Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 11 mars 1887.

Le Doyen,
A. CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- De Houppeville.** — Guérison du cancer du sein, 1693.
- Verduc.** — Opérations de chirurgie, 1701.
- Vacher.** — Dissertation sur le cancer des mamelles, 1740.
- Sharp.** — Opérations de chirurgie, 1741.
- Ledran.** — Traité des opérations de chirurgie, 1743.
- Louis.** — Dictionnaire de chirurgie, 1772.
- Dionis.** — Cours d'opérations de chirurgie, 1777.
- Chopart et Desault.** — Cours d'opérations de chirurgie, 1780.
- J.-L. Petit.** — Maladies chirurgicales, 1790.
- Sæmmering.** — De morbis vasorum absorbentium, 1794.
- P.-J. Desault.** — Œuvres chirurgicales, ouvrage publié par X. Bichat son élève, 1798, t. II.
- Richerand.** — Nosographie chirurgicale, 1806.
- S. Cooper.** — Dictionnaire de chirurgie pratique, 1826.
- Velpeau.** — Eléments de médecine opératoire, 1832.
- S. Tanchou.** — Recherches sur le traitement médical des tumeurs cancéreuses du sein, 1844.
- S. Tanchou.** — De la discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine sur les tumeurs du sein, 1844.
- Lisfranc.** — Traité de médecine opératoire, 1845.
- Robert.** — Considérations sur le cancer de la mamelle et en particulier sur le squirrhe de la mamelle (Thèse de Paris 1848).
- Cathelotte.** — Du cancer du sein et de ses diverses méthodes de traitement (Thèse de Paris 1848).
- Lebert.** — Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer, 1851.

- Velpeau.** — Traité des tumeurs du sein, 1854.
- Broca.** — Traité des tumeurs, 1866.
- Moore.** — Médico-chirurgical transactions, 1867.
- Gussenbauer.** — Arch. fur clin. chir., 1872.
- Sappey.** — Anatomie, physiologie et pathologie des vaisseaux lymphatiques, 1874.
— Traité d'anatomie descriptive, 1876, t. II.
- Follin et Duplay.** — Traité de pathologie externe, 1878, t. V.
- Tillaux.** — Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie, 1879.
- Gosselin.** — Cliniques chirurgicales de l'hôpital de la Charité. 1879, t. III.
- W. Cheyne.** — Medical Times and Gazette, t. II, 1881.
- Julliard.** — Revue de la Suisse Romande, 15 avril 1882.
- K. Weil.** — Über die Unterbindung grosser Gefassstamme in der Continuitat. Prager med. Vochenschr., N° 13, 1880 (Revue des sciences médicales 1881).
- S. Gross.** — Congrès de Londres, 1881.
- Estlander.** — Etude clinique sur les tumeurs malignes du sein (Archives de gynécologie 1881, t. XIV et XV).
- Kirmisson.** — Remarques sur l'ablation des tumeurs du sein. Rapport de Th. Anger (Bulletin de la Société de chirurgie 1882).
- Pearce Gould.** — De l'opportunité de l'énucleation des ganglions axillaires dans les cas d'ablation du cancer de la mamelle. Communication à la Société médicale de Londres (Union Médicale 1882, t. XXXIV).
- Kirmisson.** — Anatomie topographique des ganglions de l'aisselle (Bulletin de la Société anatomique 1882).
- W.-M. Banks.** — Manual of surgery by Fred. Trèves, t. III.
— British Médic. Journal (décembre 1882).
- Ch. Monod.** — Pronostic et traitement du cancer du sein (Gazette médicale de Paris 1884).
- Thomas.** — Du curage de l'aisselle dans le cancer du sein (Thèse de Lille 1885).
- Valude.** — Du traitement chirurgical des néoplasmes mammaires (Thèse de Paris 1885).
- H. Truc.** — Essais sur la chirurgie du poulmon dans les affections non traumatiques (Thèse de Lyon 1885).
- A. Henry.** — Statistische Mittheilungen über den Brustkrebses nach Beobachtungen aus den Breslauer Chir. Klinick, 1879 (Revue des Sciences médicales 1884).

Korteweg. — Die operative Behandlung des Brustkrebses, Archi. für clin. chirurg., Band xxv (Revue des sciences médicales 1884).

Guido Torok et Wittel Shœffer. — Zur Statistik der Mamma Carcinoms, Archiv. für Clin. Chirurg. Band xxv (Revue des Sciences médicales 1884).

E. Küster. — Zur Behandlung des Brustkrebses, Deutsche Gesellschaft f. chir., 1883 (Revue des sciences médicales 1884).

Dubruell. — (Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier 1885, p. 100.

Th. Annasdale. — Article «Carcinome du sein» (Encyclopédie internationale de chirurgie, t. vi.)

Bulletin de la Société de chirurgie 1883, t. xi.

V. Chalot. — Nouveaux éléments de chirurgie opératoire, 1886.

Schmid. — Occlusion latérale des sections veineuses par des pinces à demeure, Société de médecine Berlinoise 1886 (Semaine médicale 1886).

H. Truc. — Considérations opératoires sur le cancer du sein, etc. (Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier, Février 1887).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAPITRE I. Historique.....	11
CHAPITRE II. Anatomie du système lymphatique de la mamelle.	21
CHAPITRE III. De l'amputation totale de la mamelle.....	27
CHAPITRE IV. De la toilette axillaire. Résection veineuse et hémostase.....	34
CHAPITRE V. De l'ablation des ganglions sus-claviculaires....	45
CHAPITRE VI. Pansement.....	48
OBSERVATIONS.....	53
CONCLUSIONS	62
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	64

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
